

Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP)

Data de recomendação:	Data da reunião do IFSP:	Tipo de reunião do IFSP: <input type="checkbox"/> Intermediária <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Avaliação anual
-----------------------	--------------------------	---

Informações da criança e da família

Nome da criança (Nome/nome do meio/sobrenome):		
Data de nascimento:	Número de ID:	Número MA:
Endereço:		Telefone residencial:
Nome dos pais/tutor/substituto:		
Endereço:		Telefone residencial:
Endereço:		Telefone comercial:
E-mail:		Celular:
Melhor horário para contato:	Melhor método de contato: <input type="checkbox"/> Telefone residencial <input type="checkbox"/> Telefone comercial <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> E-mail	

Assinaturas dos participantes da equipe

Cada órgão ou pessoa que tenha um papel direto na prestação de serviços de intervenção precoce é responsável por auxiliar a criança elegível e a família a alcançarem os resultados desse IFSP.

<i>Coordenador do serviço</i>	<i>Data</i>	<i>Avaliador/Conselheiro (ou envolvimento através de outros meios, conforme apropriado)</i>	<i>Data</i>
<i>Coordenador de serviços intermediários/alternativos</i>	<i>Data</i>	<i>Outros participantes</i>	<i>Órgão/Cargo</i> <i>Data</i>
<i>Principal representante do órgão</i>	<i>Data</i>	<i>Outros participantes</i>	<i>Órgão/Cargo</i> <i>Data</i>
<i>Pai(s)/Tutor/Substituto</i>	<i>Data</i>	<i>Outros participantes</i>	<i>Órgão/Cargo</i> <i>Data</i>

Informações do coordenador do serviço

Se você tiver alguma dúvida sobre este IFSP ou qualquer indivíduo que trabalhe com seu filho e família, entre em contato com o coordenador de serviços.

Nome do coordenador de serviços:	
Órgão:	
Endereço:	
Telefone comercial:	E-mail:

Datas das reuniões do IFSP planejadas

Data planejada Análise de seis meses do IFSP:
Data planejada Data da análise anual do IFSP:
Intervalo planejado Reunião de planejamento de transição:

Nome da criança:	Número de ID:	Data da reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE I – INFORMAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE MEU FILHO

Seção A - Informações de saúde

Saúde geral

Qual era a idade gestacional de seu filho no nascimento? _____ Semanas _____ Dias	
Com que peso seu filho nasceu? _____ Libras _____ Onças <u>OU</u> _____ Gramas	
Quem é seu clínico geral ou outro profissional de assistência médica?	Telefone:

VACINAS

Você em uma cópia da carteira de vacinação de seu filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se NÃO , indique as estratégias a serem usadas para obter uma cópia da carteira de vacinação de seu filho.
A carteira de vacinação tem as vacinas adequadas para a idade cronológica de seu filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se NÃO , que estratégias serão implementadas para que seu filho receba as vacinas necessárias?
Indique as vacinas recebidas (as vacinas em NEGRITO são obrigatórias para escolas públicas): <input type="checkbox"/> DTaP/DT <input type="checkbox"/> Pólio <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HepB <input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> Rotavírus <input type="checkbox"/> MCV4 <input type="checkbox"/> Hep A <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Catapora
Indique as vacinas necessárias (as vacinas em NEGRITO são obrigatórias para escolas públicas): <input type="checkbox"/> DTaP/DT <input type="checkbox"/> Pólio <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HepB <input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> Rotavírus <input type="checkbox"/> MCV4 <input type="checkbox"/> Hep A <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Catapora

TESTE/TRIAGEM PRINCIPAL

O nível de chumbo de seu filho foi testado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM , qual foi o nível? _____
Existe alguma preocupação sobre o nível de chumbo de seu filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM , explique. _____

NUTRIÇÃO

Há alguma preocupação sobre a alimentação, nutrição geral ou crescimento de seu filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM , explique.

PREOCUPAÇÕES GERAIS DE SAÚDE

Há algo sobre a saúde de seus filho (equipamentos especiais, alergias, outras informações físicas ou mentais) que a equipe deva saber para melhor planejar e fornecer serviços para seu filho e para a família?

Nome da criança:	Número de ID:	Data da reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE I – INFORMAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE MEU FILHO

Seção B – Níveis de desenvolvimento presentes

Status da avaliação:	<input type="checkbox"/> Entrada	<input type="checkbox"/> Intermediário (Nascimento até 3 anos)	<input type="checkbox"/> Saída (Nascimento até 3 anos)	<input type="checkbox"/> Intermediário (3 anos até a idade do jardim de infância)	<input type="checkbox"/> Saída (3 anos até a idade do jardim de infância)
-----------------------------	----------------------------------	---	--	---	---

Níveis de desenvolvimento presentes

Área	Data de Avaliação (DD/MM/AA)	Nome dos instrumentos de avaliação	Idade cronológica	Nível de idade/Faixa de idade	Descrição qualitativa
Cognitiva (Brincando, pensando e explorando)					
Comunicação (Entendendo outras pessoas e me expressando)					
Social ou Emocional (Emoções, sentimentos e interação com outras pessoas)					
Adaptável (Comendo, bebendo, indo ao banheiro e fazendo coisas sozinho)					
Características Físicas	Desenvolvimento motor fino (Usando minhas mãos para brincar, me alimentar ou outra atividade)				
	Desenvolvimento motor bruto (Movendo meu corpo para mudar de posição ou local)				
	Ouvindo	Seu filho passou na Triagem de audição universal para recém-nascidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável Seu filho consultou um audiologista para uma avaliação completa da audição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Há alguma preocupação com a audição de seu filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Resultados da avaliação/observação:			
	Visão	A visão de seu filho foi examinada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Há alguma preocupação com a visão de seu filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Resultados da avaliação/observação:			

PARTE I – INFORMAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE MEU FILHO

Seção C – Elegibilidade para serviços de intervenção precoce

Elegibilidade

*Seu filho é elegível para serviços de intervenção precoce com base nos resultados do processo de avaliação.
A elegibilidade baseia-se em UMA categoria verificada abaixo.*

PELO MENOS 25% DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO

Meu filho é elegível para os serviços de intervenção precoce porque ele apresenta pelo menos 25% de atraso em uma ou mais das seguintes áreas de desenvolvimento. **Marque todas as que se aplicam:**

Cognitivo Comunicação Social ou Emocional Adaptável Físico: ___ Desenvolvimento motor fino ___ Desenvolvimento motor bruto

COMPORTAMENTO OU DESENVOLVIMENTO ATÍPICO

Meu filho é elegível para os serviços de intervenção precoce pois está demonstrando desenvolvimento ou comportamento atípico em uma ou mais das seguintes áreas de desenvolvimento e isso provavelmente resultará em um atraso subsequente. **Marque todas as que se aplicam:**

Cognitivo Comunicação Social ou Emocional Adaptável Físico: ___ Desenvolvimento motor fino ___ Desenvolvimento motor bruto

CONDIÇÃO FÍSICA OU MENTAL DIAGNOSTICADA COM ALTA PROBABILIDADE DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO

Meu filho é elegível para os serviços de intervenção precoce porque ele tem uma condição física ou mental diagnosticada que tem alta probabilidade de resultar em atraso no desenvolvimento. Esta lista não esgota as possibilidades. **Marque todas as que se aplicam:**

Distúrbio cromossômico: ___ Síndrome de Down ___ Outro: _____

Doença pulmonar crônica (DPC)

Infecção congênita sintomática (ex.: HIV)

Erros de metabolismo congênitos associados com envolvimento do SNC (ex.: doença da urina do xarope de bordo e galactosemia)

Bebês que apresentam efeitos significativos do abuso de álcool da mãe durante a gravidez (ex.: Síndrome do alcoolismo fetal)

Bebês afetados por exposição intrauterina a drogas e que exigem tratamento ou apresentem evidência de restrição de crescimento intrauterino

Hemorragia intraventricular - Grau III ou IV

Envenenamento por chumbo, com um nível de chumbo de 20 ug/dL ou maior

Encefalopatia moderada ou grave resultante de agressão ao cérebro

Doenças neurodegenerativas com início na infância e primeira infância (ex.: adrenoleucodistrofia, doença de Tay Sachs)

Leucomalacia periventricular (PVL)

Prematuridade com peso de nascimento abaixo de 1200 gramas (2 lb. 10 oz.)

Distúrbio convulsivo em que as convulsões são frequentes ou difíceis de controlar ou a condição básica é associada com frequentes distúrbios cognitivos (ex.: espasmos infantis)

Distúrbios sensoriais

Cegueira ou deficiência visual

Surdez ou dificuldade de audição

Má formação congênita grave (ex.: meningomielocoele e hidrocefalia congênita)

Enterocolite necrosante cirúrgica (NEC)

Outros: _____

Outros: _____

Outros: _____

PARTE II – INFORMAÇÕES SOBRE MINHA FAMÍLIA

Seção A – Preocupações, prioridades e recursos

Preocupações, prioridades e recursos

Para apoiar melhor seu filho e sua família, é útil saber problemas e preocupações que são importantes para sua família. As preocupações, prioridades e recursos de sua família serão usados como base do desenvolvimento de resultados e para identificação de estratégias e atividades para atender as necessidades de seu filho e sua família. Você pode compartilhar o mínimo ou o máximo de informações conforme desejar.

PREOCUPAÇÕES DE MINHA FAMÍLIA	PRIORIDADES DE MINHA FAMÍLIA	RECURSOS DE MINHA FAMÍLIA
Preocupações que tenho com a saúde e o desenvolvimento de meu filho. Informações, recursos, suporte que preciso ou desejo para meu filho e/ou família.	Minhas esperanças e sonhos para meu filho. As coisas mais importantes para meu filho e/ou família agora.	Recursos que meu filho/família tem para suporte, incluindo pessoas, atividades, programas/organizações.

Essas informações foram reunidas através de uma avaliação direcionada pela família usando o seguinte. **Marque todas as que se aplicam:**

Ferramenta de entrevista familiar desenvolvida no local

Questionário de idades e estágios (ASQ)

Entrevista baseada em rotinas (RBI)

Outros métodos/ferramentas: _____

Avaliação direcionada pela família, rejeitada pela família.

Nome da criança:	Número de ID:	Data da reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE II – INFORMAÇÕES SOBRE MINHA FAMÍLIA

Seção B – Ambientes naturais

Rotinas em ambientes naturais

Os serviços de intervenção precoce são fornecidos em ambientes naturais. Um ambiente natural é um local em que seu filho e sua família passam o tempo, como em casa, no programa de assistência à criança ou outro ambiente comunitário. Ambientes naturais são onde as crianças em desenvolvimento normalmente brincam e aprendem. As informações abaixo nos ajudarão a determinar os ambientes naturais em que seu filho e sua família receberão os serviços de intervenção precoce.

Onde seu filho/família passam o tempo? Marque todas as que se aplicam:

<input type="checkbox"/> Casa da criança	<input type="checkbox"/> Programa Early Head Start/Head Start	<input type="checkbox"/> Centro de apoio à família
<input type="checkbox"/> Creche	<input type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> Local de trabalho dos pais
<input type="checkbox"/> Ambientes religiosos	<input type="checkbox"/> Casa de um membro da família	<input type="checkbox"/> Abrigo
<input type="checkbox"/> Creche familiar	<input type="checkbox"/> Grupos lúdicos	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Judy Center	

Quais são algumas das atividades que vocês gostam de fazer juntos, como uma família?

Há algo que vocês gostariam de fazer como uma família, mas que não podem fazer nesse momento?

Qual são as rotinas diárias de seu filho e família? Algumas dessas rotinas são desafiadoras? Existem outras rotinas que sua família gostaria de criar?

Quais são as barreiras que impedem seu filho e sua família de participar de suas atividades e rotinas diárias?

Como o programa pode apoiar melhor sua família em seu desejo de melhorar ou criar rotinas importantes?

Nome da criança:	Número de ID:	Data da reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE III – RESULTADOS DE MEU FILHO/FAMÍLIA RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO DE MEU FILHO

Resultados da criança e da família

Com base nas informações dos níveis de desenvolvimento atuais de seu filho e dos relatos compartilhados, os pontos fortes e as necessidades de seu filho, preocupações de sua família, prioridades e recursos e suas rotinas diárias, este plano delineia o que queremos alcançar e as etapas específicas necessárias. Discuta seus resultados prioritários para seu filho e/ou família, incluindo contexto e habilidades específicas. Um formulário separado "Resultados da criança e da família" é preenchido para cada resultado.

RESULTADO	ESTRATÉGIAS/ATIVIDADES/ OPORTUNIDADES DE APRENDIZADO	CRITÉRIOS MENSURÁVEIS
O que você gostaria de ver acontecer?	Quais etapas precisam ser realizadas para ajudá-lo a alcançar o resultado prioritário?	Como saberemos quando o resultado foi alcançado?

CRONOGRAMA

PARTICIPANTES – Quem estará envolvido?

Nome:	Cargo:	Telefone/E-mail:

ANÁLISE DO PROGRESSO DO RESULTADO

Códigos de análise: <i>Selecione o código que melhor se aplica.</i>	Código:	Data:	Iniciais:	Comentários:
1- Proficiente - <i>Conseguimos!</i>				
2- Em andamento - <i>Estamos fazendo progresso.</i>				
3- Precisa de desenvolvimento - <i>Vamos fazer ajustes.</i>				
4- Não é mais necessário				
5- Postergado				

RESPOSTA DO PROGRESSO DO RESULTADO – (NECESSÁRIO APENAS PARA O CÓDIGO 3 DE ANÁLISE DE PROGRESSO)

Códigos de análise: <i>Selecione o código que melhor se aplica.</i>	Código:	Data:	Iniciais:	Comentários:
1- Revisar resultado				
2- Modificar estratégias/atividades				
3- Alterar serviços				
4- Outros: _____				

PARTE IV – SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE DE MEU FILHO

Serviços de intervenção precoce

Os serviços de intervenção precoce melhoram o desenvolvimento de seu filho e a capacidade de sua família de atender as necessidades dele. Cada serviço de intervenção precoce apoia os resultados individuais de seu filho e da família. Um formulário "Serviços de intervenção precoce" é preenchido para cada serviço/apoio/ambiente.

TIPO DE SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO				CONFIGURAÇÃO
	Número de sessões	Frequência	Intensidade	Método	
Especifique:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Apenas uma vez <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente	<i>Número de minutos por sessão:</i> <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Casa (a principal residência da família da criança ou profissionais de saúde) <input type="checkbox"/> Ambiente baseado na comunidade (Especifique): _____ <input type="checkbox"/> Outros (Especifique): _____ Justificativa para outro ambiente: _____
Tipo de serviço	Ambientes baseados na comunidade (Onde crianças sem incapacidades são encontradas normalmente)			Outros ambientes (Não baseados no lar ou na comunidade)	
Audiologia Aconselhamento familiar/ Treinamento Saúde Médico (diagnóstico e avaliação apenas) Enfermagem Nutrição Terapia ocupacional Fisioterapia	Psicológico Assistência temporária Serviço social Instruções especiais Terapia para problemas da fala/idioma Serviços oftalmológicos Outros	Creche (incluindo creches familiares) Programa pré-escolar Escola maternal regular Centro da primeira infância Programa Early Head Start/ Head Start Judy Center Biblioteca	Mercearia Parque/Playground Restaurante Comunidade/Centro de recreação Local de trabalho dos pais Abrigo Outros	Classe/centro de intervenção precoce para crianças com incapacidades Localização do prestador de servidor (ex.: pacientes ambulatoriais, audiólogo) Hospital (pacientes internos) Instalações residenciais Outros	

Responsabilidade financeira: Marque um órgão responsável pelo pagamento dos serviços. <input type="checkbox"/> Sistema escolar local <input type="checkbox"/> Departamento de saúde local <input type="checkbox"/> Departamento de serviço social local <input type="checkbox"/> Outros (Especifique): _____	Órgão prestador de serviços: Registre o nome do órgão que presta o serviço. Use a designação de texto padrão em cada órgão. _____ _____
--	--

Fonte de reembolso: Marque uma fonte de reembolso apenas quando o órgão designado como responsável financeiramente pretender solicitar o pagamento para o serviço de outra fonte. <input type="checkbox"/> Assistência médica <input type="checkbox"/> Outros (Especifique): _____	Nome/telefone do prestador de serviços: Registre o nome e o número de telefone da pessoa que presta o serviço. _____ _____
--	---

Data de início do serviço planejado: Registre a data em que o serviço está planejado para iniciar. _____ DD/MM/AA	Data da análise do serviço planejado: Registre a data planejada em que o serviço será analisado. _____ DD/MM/AA
--	--

Duração planejada: Registre o período em que o serviço será prestado. _____ MM/AA	Data do término do serviço: Registre a data em que o serviço termina. _____ DD/MM/AA
--	---

Nome da criança:	Número de ID:	Data da reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE IV CONTINUAÇÃO – SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE DE MEU FILHO

Serviços de intervenção precoce (continuação)

TECNOLOGIA AUXILIAR

Meu filho precisa de serviços de tecnologia auxiliar ou dispositivos para aumentar, manter ou melhorar suas capacidades funcionais? Sim Não

Tipos de tecnologia auxiliar. Marque **todas** as que se aplicam:

- Atividades diárias (ADL)
- Hardware de computador adaptado
- Software de computador adaptado
- Auxílios auditivos
- Dispositivo de comunicação alternativo e aumentativo (AAC)
- Unidades de controle ambientais (ECUs)
- Auxílios de mobilidade
- Auxílios para jogos, recreação e lazer
- Assento e posicionamento
- Auxílios de segurança/transporte
- Auxílios oftalmológicos
- Outros _____

Prestador de serviços

Nome do prestador de serviços:

Telefone:

E-mail:

TRANSPORTE

Esse plano inclui o transporte necessário para que meu filho e/ou família receba os serviços de intervenção precoce? Sim Não

Tipos de transporte:

- Pais com reembolso
- Ônibus escolar
- Taxi
- Transporte público com reembolso
- Outros (Especifique) _____

Há necessidade de algum equipamento especial para o transporte de meu filho? Sim Não

Se **SIM**, especifique o tipo de equipamento: _____

Prestador de serviços

Nome do prestador de serviços:

Telefone:

E-mail:

Nome da criança:	Número de ID:	Data da reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE V – INTEGRAÇÕES DE SERVIÇOS

Integrações de serviços

As integrações de serviço são serviços e apoios comunitários planejados para melhorar o desenvolvimento de seu filho e a capacidade de sua família de atender as suas próprias necessidades e as de seu filho. Um formulário "Integrações de serviço" é preenchido para cada membro da família.

As integrações de serviço estão sendo fornecidas para o seguinte membro da família. (Marque apenas **UM** dos itens a seguir).

- Criança elegível
 Irmãos
 Família
 Pais/Tutor
 Outro parente

INTEGRAÇÕES DE SERVIÇO A SEREM FORNECIDAS (Marque TODAS as que se aplicam).

<p>Aprimoramento/ Assistência à criança</p> <input type="checkbox"/> Antes/Depois da assistência à criança <input type="checkbox"/> Acampamentos, Diurnos/Residenciais <input type="checkbox"/> Programa Early Head Start/Head Start <input type="checkbox"/> Creches familiares <input type="checkbox"/> Centros de assistência à criança em grupo <input type="checkbox"/> Assistência à criança em casa <input type="checkbox"/> Programa pré-escolar <input type="checkbox"/> Monitoria <input type="checkbox"/> Outros _____	<p>Assistência de renda</p> <input type="checkbox"/> Assistência financeira de emergência <input type="checkbox"/> Aconselhamento financeiro <input type="checkbox"/> Vale alimentação <input type="checkbox"/> Assistência pública <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Outros _____	<p>Médico/Saúde</p> <input type="checkbox"/> Avaliação <input type="checkbox"/> Serviços odontológicos <input type="checkbox"/> Clínicas de aconselhamento/diagnóstico <input type="checkbox"/> Dispositivos/equipamentos <input type="checkbox"/> Seguro saúde <input type="checkbox"/> Assistência médica domiciliar <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Vacinações <input type="checkbox"/> Serviços de saúde mental <input type="checkbox"/> Assistência pré-natal <input type="checkbox"/> Remédios que precisam de receita <input type="checkbox"/> Assistência médica primária <input type="checkbox"/> Triagem <input type="checkbox"/> Tratamento para abuso de substâncias <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Programa para mulheres, bebês e crianças (WIC) <input type="checkbox"/> Outros _____	<p>Outros</p> <input type="checkbox"/> Ensino adulto <input type="checkbox"/> Centro de recursos de assistência à criança, Local <input type="checkbox"/> Centro de apoio à família <input type="checkbox"/> Rede de apoio familiar, Local <input type="checkbox"/> Rede de apoio familiar, Estadual <input type="checkbox"/> Programa de visita em casa. (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Judy Center <input type="checkbox"/> Serviços jurídicos <input type="checkbox"/> Ensino para os pais <input type="checkbox"/> Projeto Independence <input type="checkbox"/> Programa de recreação <input type="checkbox"/> Grupo de apoio <input type="checkbox"/> Outros _____
--	--	--	---

PRESTADORES DE INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Nome do prestador de serviços:	Nome do prestador de serviços:
Telefone/E-mail:	Telefone/E-mail:
Nome do prestador de serviços:	Nome do prestador de serviços:
Telefone/E-mail:	Telefone/E-mail:

ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR AS INTEGRAÇÕES DE SERVIÇO PARA A FAMÍLIA

FONTES DE PAGAMENTO (Marque todas as que se aplicam).

- Organização de manutenção da saúde (HMO)
 Assistência médica
 Sem taxas
 Outro seguro saúde
 País: Pagamento integral
 País: Taxa variável
 Outros: _____

PESSOAS ENVOLVIDAS NA GARANTIA DAS INTEGRAÇÕES DE SERVIÇOS

Nome:	Nome:
Cargo:	Cargo:
Telefone:	Telefone:
E-mail:	E-mail:

Nome da criança:	Número de ID:	Data da reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE VI - AUTORIZAÇÕES

Autorizações

CONSENTIMENTO DO(S) PAI(S)/TUTOR/SUBSTITUTO

- Eu/nós tive/tivemos a oportunidade de participar do desenvolvimento do plano de serviço familiar individualizado (IFSP) e recebi/recebemos notificações razoáveis do encontro do IFSP.
- Eu/nós fui/fomos informados sobre meus/nossos direitos de acordo com esse programa através do recebimento do *Direito dos pais: Notificação de Segurança de Conduta de Maryland* e um manual da família sobre o sistema de intervenção precoce de Maryland.
- Os serviços de intervenção precoce serão fornecidos conforme descrito no IFSP. Eu/nós entendo/entendemos que o IFSP será analisado pelo menos a cada seis (6) meses.
- Eu/nós entendo/entendemos que meu/nosso consentimento é voluntário e que eu/nós posso/podemos cancelar o consentimento a qualquer momento.
- Eu/nós entendo/entendemos que os registros não serão liberados sem meu/nosso consentimento por escrito e assinado, exceto de acordo com as cláusulas da Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). Essa lei permite a liberação de registros de intervenção precoce para órgãos participantes do sistema de intervenção precoce.
- Eu/nós entendo/entendemos que o órgão público enviará as informações através dos bancos de dados de todo o estado. Esses bancos de dados serão usados pelo Departamento de Educação Estadual de Maryland (MSDE) e outros órgãos estaduais, conforme apropriado, para possibilitar o financiamento dos programas.
- Fui/fomos informado(s) das determinações da equipe do IFSP em meu/nosso idioma nativo ou outro modo de comunicação.
- Esse plano reflete os resultados mais importantes para meu/nosso filho e família.
- Eu/nós entendo/entendemos o plano e os direitos dos pais e concedo permissão para implementação do IFSP.

Assinatura do(s) pai(s)/tutor/substituto

Data

ASSISTÊNCIA MÉDICA

- Eu/nós opto/optamos por aceitar a coordenação do serviço de gerenciamento de caso para crianças com incapacidades. Eu/nós entendo/entendemos que o objetivo desse serviço é auxiliar a obtenção de acesso aos serviços médicos, sociais, educacionais e outros necessários. Eu/nós entendo/entendemos que a continuação desse serviço depende de se atender os requisitos de elegibilidade para o Serviço de coordenação para crianças com incapacidades [COMAR 10.09.40].
- Eu/nós entendo/entendemos que esse serviço não restringe nem afeta de outra forma a elegibilidade de um participante para obter outros benefícios de assistência médica. Eu/nós entendo/entendemos que tenho/temos a liberdade para escolher um coordenador de serviço/gerenciador de caso para meu/nosso filho.
- Eu/nós dou/damos permissão ao órgão prestador de serviços de recuperar os custos do Medicaid para a coordenação de serviços, bem como os serviços relacionados à saúde, relacionados à implementação dos resultados de meu filho. Eu/nós entendo/entendemos que se eu/nós recusar(mos) permitir que o órgão prestador de serviços acesse os fundos de assistência médica, isso não liberará o órgão público de suas responsabilidades em garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos para meu/nosso filho sem custos para minha/nossa família.

Nome da criança em letra de forma

Número da assistência médica (MA)

Assinatura do(s) pai(s)/tutor/substituto

Data

PARTE VII – INFORMAÇÕES SOBRE A TRANSIÇÃO DE MEU FILHO

Seção A – Transição com 3 anos

Transição com 3 anos

DATA DA REUNIÃO DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO: _____

EXPLICAÇÃO PARA O ATRASO DA REUNIÃO

Se a reunião de planejamento de transição **ocorrer após a criança completar 33 meses de idade**, marque a resposta abaixo que fornece uma explicação. *(Marque apenas uma.)*

As tentativas de contatar a família fracassaram.

A criança foi encaminhada com 31,5 meses de idade ou mais.

A família solicitou o reagendamento ou o adiamento da reunião.

Outros: _____

Se a reunião de planejamento de transição **não ocorreu de forma alguma antes do terceiro aniversário da criança**, marque a resposta abaixo que fornece uma explicação. *(Marque apenas uma.)*

As tentativas de contatar a família fracassaram.

A criança foi encaminhada com 34,5 meses de idade ou mais.

A família se recusou a participar da reunião.

Outros: _____

CONSIDERAÇÃO DE ELEGIBILIDADE PARA EDUCAÇÃO ESPECIAL PRÉ-ESCOLAR E SERVIÇOS RELACIONADOS (PARTE B)

Os pais desejam considerar a elegibilidade da Parte B. Os pais **NÃO** desejam considerar a elegibilidade da Parte B.

SERVIÇOS COMUNITÁRIOS

A família está sendo encaminhada para serviços comunitários? Sim Não **Se SIM, marque os serviços que se aplicam.**

Desenvolvimental/Médico/Saúde:

- Terapias desenvolvimentais (outro que não a Parte C e a Parte B)
- Dispositivos/equipamentos
- Assistência médica domiciliar
- Vacinações
- Serviços de saúde mental
- Assistência médica primária
- Programa para mulheres, bebês e crianças (WIC)

Aprimoramento/Assistência à criança

- Acampamentos
- Creches familiares
- Assistência à criança em grupo
- Início comum
- Início com vantagem
- Grupo de jardim da infância
- Programa pré-escolar:
 - Público
 - Particular
- Programa de recreação
- Judy Center
- Instrução em casa para os pais de crianças na pré-escola (HIPPIY)

Rede de Apoio

- Centro de apoio à família
- Programa de visita em casa (Especifique) _____
- Ensino para os pais
- Grupo de apoio
- Outros: _____

Outros serviços comunitários:

FUTURAS ETAPAS/NOTAS DA REUNIÃO DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO

Atividades	Prazos	Pessoas responsáveis

RESULTADOS DA REUNIÃO DE DETERMINAÇÃO DE ELEGIBILIDADE IEP INICIAL (A SEREM PREENCHIDOS PELA EQUIPE ESPECIAL DE EDUCAÇÃO)

EQUIPE ESPECIAL DE EDUCAÇÃO: Preencha esta seção e envie para a Entrada de dados da Parte C **imediatamente após** a reunião de determinação de elegibilidade do IEP inicial. *Marque a declaração que indica os resultados da reunião de determinação de elegibilidade do IEP inicial.*

- A criança é determinada como **ELEGÍVEL** para os serviços em andamento através de um IFSP *ou* educação especial pré-escolar e serviços relacionados através de um IEP.
- A criança é determinada como **INELEGÍVEL** para os serviços em andamento através de um IFSP *ou* educação especial pré-escolar e serviços relacionados através de um IEP.

PARTE VII – INFORMAÇÕES SOBRE A TRANSIÇÃO DE MEU FILHO

Seção B – Transição após 3 anos

Transição após 3 anos

CONSIDERAÇÃO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E SERVIÇOS RELACIONADOS (PARTE B)

Antes da idade do jardim de infância

- Os pais desejam considerar a educação pré-escolar especial e os serviços relacionados através de um IEP.
- Os pais **não** desejam considerar a educação pré-escolar especial e os serviços relacionados através de um IEP.

Em idade de jardim de infância

- Os pais desejam considerar a educação especial e os serviços relacionados através de um IEP.
- Os pais **não** desejam considerar a educação especial e os serviços relacionados através de um IEP.

SERVIÇOS COMUNITÁRIOS

A família está sendo encaminhada para serviços comunitários? Sim Não **Se SIM, marque os serviços que se aplicam.**

Desenvolvimental/Médico/Saúde:	Aprimoramento/Assistência à criança	Rede de Apoio
<input type="checkbox"/> Terapias desenvolvimentais (outro que não a Parte C e a Parte B) <input type="checkbox"/> Dispositivos/equipamentos <input type="checkbox"/> Assistência médica domiciliar <input type="checkbox"/> Vacinações <input type="checkbox"/> Serviços de saúde mental <input type="checkbox"/> Assistência médica primária <input type="checkbox"/> Programa para mulheres, bebês e crianças (WIC)	<input type="checkbox"/> Acampamentos <input type="checkbox"/> Creches familiares <input type="checkbox"/> Assistência à criança em grupo <input type="checkbox"/> Início comum <input type="checkbox"/> Início com vantagem <input type="checkbox"/> Grupo de jardim da infância <input type="checkbox"/> Programa pré-escolar: ___ Público ___ Particular <input type="checkbox"/> Programa de recreação <input type="checkbox"/> Judy Center <input type="checkbox"/> Instrução em casa para os pais de crianças na pré-escola (HIPPPY)	<input type="checkbox"/> Centro de apoio à família <input type="checkbox"/> Programa de visita em casa (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Ensino para os pais <input type="checkbox"/> Grupo de apoio <input type="checkbox"/> Outros: _____ Outros serviços comunitários: _____ _____ _____

ETAPAS FUTURAS/NOTAS DA REUNIÃO

Atividades	Prazos	Pessoas responsáveis

RESULTADOS DA REUNIÃO DE DETERMINAÇÃO DE ELEGIBILIDADE IEP, SE APLICÁVEL (A SEREM PREENCHIDOS PELA EQUIPE ESPECIAL DE EDUCAÇÃO)

EQUIPE ESPECIAL DE EDUCAÇÃO: Preencha esta seção e envie para a Entrada de dados da Parte C **imediatamente após** a reunião de determinação de elegibilidade do IEP. *Marque a declaração que indica os resultados da reunião de determinação de elegibilidade do IEP.*

- A criança é determinada como **ELEGÍVEL** para a educação especial e serviços relacionados através de um IEP.
- A criança é determinada como **INELEGÍVEL** para a educação especial e serviços relacionados através de um IEP.

PARTE VIII – CONSENTIMENTO DOS PAIS (Com três anos de idade ou menos)

Opção da família: Consentimento para a continuação ou solicitação de encerramento dos serviços IFSP

As famílias têm uma opção

- Eu/nós recebi/recebemos uma cópia da notificação anual, “Um guia para a família para os próximos passos quando seu filho na intervenção precoce completar 3 anos — as famílias têm uma opção”.
- Eu/nós fui/fomos informados sobre as diferenças entre os serviços de intervenção precoce prestados através de um plano de serviço familiar individualizado (IFSP) de acordo com a Lei de educação para indivíduos com deficiências (IDEA) e os serviços de educação especial pré-escolares prestados através de um programa de educação individualizada (IEP) de acordo com a IDEA.
- Eu/nós entendo/entendemos que meu/nosso filho tem um IFSP atual e que ele foi considerado elegível para a educação pré-escolar especial como uma criança com deficiência de acordo com a IDEA.
- Eu/nós fui/fomos informados de meu/nosso direito de escolher entre a opção IFSP para continuar recebendo serviços de intervenção precoce através de um IFSP ou para iniciar serviços pré-escolares educacionais especiais através de um IEP.
- Eu/nós entendo/entendemos que se eu/nós optar/optarmos que meu/nosso filho receba os serviços através de um IEP e encerrarmos os serviços IFSP, meu/nosso filho e família não serão mais elegíveis através de um IFSP.
- Eu/nós entendo/entendemos que se eu/nós optar/optarmos que meu/nosso filho receba serviços através de IFSP, a qualquer momento, eu/nós posso/podemos encerrar a participação nos serviços de intervenção precoce através de IFSP e optar por iniciar os serviços pré-escolares educacionais especiais através de um IEP.
- Eu/nós entendo/entendemos que o órgão principal local é obrigado a continuar os serviços IFSP de acordo com a opção IFSP estendida até a data em que os serviços são iniciados através de um IEP. Entretanto, se eu/nós selecionar/seleccionarmos a opção do IEP mas nos recusarmos a consentir a educação especial e os serviços relacionados oferecidos no IEP desenvolvidos pela equipe do IEP, eu/nós entendo/entendemos que os serviços IFSP serão encerrados.
- Eu/nós entendo/entendemos que meu/nosso consentimento para a continuação dos serviços IFSP é voluntário e que eu/nós posso/podemos cancelar o consentimento a qualquer momento.

OPÇÃO DA FAMÍLIA

Marque UMA caixa.

- Eu/nós permito/permitimos a **continuação** dos serviços de intervenção precoce de meu filho e família através de um IFSP após o terceiro aniversário de meu/nosso filho.
- Eu/nós solicito/solicitamos o **encerramento** dos serviços de intervenção precoce de meu filho e família através de um IFSP aos 3 anos.

Assinatura do(s) Pai(s)/Tutor/Substituto

Data

Coordenador do serviço

Data

Outros participantes

Órgão/Cargo

Data

Outros participantes

Órgão/Cargo

Data

Nome da criança:	Número de ID:	Data da reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

**Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP)
ADICIONAR/ALTERAR FORMULÁRIO**

Análise do IFSP	
ALTERAÇÕES NAS INFORMAÇÕES DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA	ANÁLISE DO IFSP
<p><i>(Alterações nas informações demográficas NÃO exigem a assinatura dos pais).</i></p> <p>Informações da criança:</p> <p>Nome da criança: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>Data de nascimento: _____</p> <p>No. da assistência médica: _____</p> <hr/> <p>Informações da família:</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>E-mail: _____</p> <p>Parentesco com a criança: _____</p> <hr/> <p>Informações do coordenador do serviço:</p> <p>Nome da criança: _____</p> <p>Órgão: _____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>E-mail: _____</p>	<p>Tipo de análise: Selecione uma.</p> <p>Data da reunião: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seis meses</p> <p><input type="checkbox"/> Anual</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitação do prestador</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitação dos pais</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitação do prestador/pais</p> <hr/> <p>Status da análise: Selecione uma.</p> <p><input type="checkbox"/> Continuar IFSP</p> <p><input type="checkbox"/> Modificar IFSP</p> <p><input type="checkbox"/> Acréscimo de serviço</p> <p><input type="checkbox"/> Modificação do serviço</p> <p><input type="checkbox"/> Término do serviço</p> <p><input type="checkbox"/> Adicionar/modificar resultados</p> <p><input type="checkbox"/> Encerrar IFSP (se selecionado, preencha a seção "Razão para o status inativo" abaixo).</p> <hr/> <p>Razões para o status inativo: Selecione uma.</p> <p>Data inativa: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tentativas de contato sem sucesso (<i>Nascimento até a idade do jardim de infância</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conclusão do IFSP antes de completar 3 anos (<i>Nascimento até os 3 anos</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Falecido (<i>Nascimento até a idade do jardim de infância</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Determinado como ineligível (Observação: Essa criança nunca foi elegível). (<i>De 0 a 3 anos</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Mudou-se do estado (<i>Nascimento até a idade do jardim de infância</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Mudou-se para outra jurisdição (<i>Nascimento até a idade do jardim de infância</i>) Nome da jurisdição: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Retirada dos pais (<i>Nascimento até a idade do jardim de infância</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Transição aos 3 anos (Não continuando em um IFSP) (<i>De 0 a 3 anos</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conclusão do IFSP antes de atingir a idade do jardim de infância (<i>3 anos até a idade do jardim de infância</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Transição após 3 anos (<i>3 anos até a idade do jardim de infância</i>)</p>

Eu/nós recebi/recebemos notificação razoável da análise desse IFSP. Eu/nós tive/tivemos a oportunidade de participar da análise desse IFSP. Eu/nós fui/fomos informados de meus/nossos direitos como pais através dos *Direitos dos pais: Notificação de Segurança de Conduta de Maryland* e dou/damos permissão ao programa de intervenção precoce para implementar qualquer revisão do IFSP com base nessa análise.

Assinatura do(s) Pai(s)/Tutor/Substituto _____
Data

Coordenador do serviço _____
Data

Outros participantes _____
Órgão/Cargo _____
Data

Outros participantes _____
Órgão/Cargo _____
Data